

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombres               | Fecha de Nacimiento |     |      | Edad                      | Sexo    |
|------------------|------------------|-----------------------|---------------------|-----|------|---------------------------|---------|
| SOLORZANO        | CUSME            | ROSA DE LA CONCEPCION | 20                  | 01  | 1953 | 71 años, 10 meses, 8 días | Mujer   |
|                  |                  |                       | día                 | mes | año  | a-m-d                     | 1=H 2=M |

| Nacionalidad    | País           | Identificación    | Lugar de residencia |        |                | Dirección                    | No Telefónico        |
|-----------------|----------------|-------------------|---------------------|--------|----------------|------------------------------|----------------------|
| ECUATORIANO/A   | ECUADOR        | 1302549298        | MANABI              | CHONE  | CHONE (URBANO) | CIUDADELA BARBERAN y CHONE   | 098-951-3003 /       |
| Ver instructivo | Describir País | Cédula 10 dígitos | Provincia           | Cantón | Parroquia      | Calle Principal y Secundaria | Convencional/Celular |

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

| Entidad del Sistema | His.Clinica No. | Establecimiento de salud | Tipo                                                 | Distrito/Area  |
|---------------------|-----------------|--------------------------|------------------------------------------------------|----------------|
| MSP                 | 1302549298      | CHONE                    | CENTRO DE SALUD TIPO C-MATERNO INFANTIL Y EMERGENCIA | 13D07 / ZONA 4 |

| Refiere o Deriva a: |                                          |                  |              |  | Fecha |     |     |
|---------------------|------------------------------------------|------------------|--------------|--|-------|-----|-----|
| MSP                 | HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA | Consulta externa | Cardiología  |  | 2024  | 11  | 28  |
| Entidad del Sistema | Establecimiento de salud                 | Servicio         | Especialidad |  | día   | mes | año |

2. Motivo de la referencia o derivación:

|                                      |                                     |                                   |                          |
|--------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------------|--------------------------|
| Limitada capacidad<br>resolutiva     | <input checked="" type="checkbox"/> | Saturación capacidad<br>instalada | <input type="checkbox"/> |
| Ausencia temporal del<br>profesional | <input type="checkbox"/>            | Otros/especifique:                | <input type="checkbox"/> |
| Falta de profesional                 | <input type="checkbox"/>            |                                   |                          |

3. Resumen del cuadro clínico

PACIENTE FEMENINO DE 71 AÑOS DE EDAD CON APP DE HTA. ACUDE A CONSULTA PARA REVISION DE RESULTADOS DE EXAMENES DE LABORATORIO Y RX DE TORAX. AL MOMENTO PACIENTE REFIERE SENSACION DE AHOGO AL REALIZAR MINIMAS ACTIVIDADES Y DICE QUE EN LAS NOCHES A VECES DEBE DESPERTARSE POR LA MOLESTIA. AL EXAMEN FISICO SE ENCUENTRAN ESTERTORES BIBASALES. RUIDOS CARDIACOS HIPOFONETICOS, EDEMA EN MIEMBROS INFERIORES. RX DE TORAX EVIDENCIA CARDIOMEGALIA.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

QUIMICA: GLUCOSA:108 / AC URICO 4 / UREA 37 / CREA 0.7 SANGRE: COMPONENTES SANGUINEOS: LEU: 6.06 / HB: 13.9 / PLQ: 290000 COPROLOGICO: NORMAL RADIOLOGIA CONVENCIONAL : CARDIOMEGALIA. UROANALISIS: BACTERIAS +++ / NITRITOS NEGATIVOS / LEUCOCITOS + /

5. Diagnóstico

| Diagnóstico                                                              | CIE-10 | PRE | DEF |
|--------------------------------------------------------------------------|--------|-----|-----|
| ENFERMEDAD CARDIACA HIPERTENSIVA CON INSUFICIENCIA CARDIACA (CONGESTIVA) | I110   | X   |     |

| FECHA      | HORA  | ESPECIALIDAD   | NOMBRE DEL PROFESIONAL             | CÓDIGO     | FIRMA |
|------------|-------|----------------|------------------------------------|------------|-------|
| 2024-11-28 | 10:53 | Medicina Rural | CARLOS ANTONIO VILLACIS DE LA CRUZ | 1312780115 |       |

III. CONTRAREFERENCIA ☐ REFERENCIA INVERSA ☐

1. Datos Institucionales

| Entidad del Sistema | His.Clinica No. | Establecimiento de salud | Tipo | Servicio | Especialidad |
|---------------------|-----------------|--------------------------|------|----------|--------------|
|                     |                 |                          |      |          |              |

| Contrarefiere o Referencia inversa a: |                          |      |               | Fecha |     |     |
|---------------------------------------|--------------------------|------|---------------|-------|-----|-----|
|                                       |                          |      | /             |       |     |     |
| Entidad del Sistema                   | Establecimiento de salud | Tipo | Distrito/Area | día   | mes | año |

2. Resumen del cuadro clinico

3. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

4. Tratamiento y procedimientos terapéuticos realizados

5. Diagnóstico

| Diagnóstico | CIE-10 | PRE | DEF |
|-------------|--------|-----|-----|
|             |        |     |     |

6. Tratamiento recomendado a seguir en le establecimiento de salud de menor nivel de atención y/o complejidad

| FECHA      | HORA  | ESPECIALIDAD   | NOMBRE DEL PROFESIONAL             | CÓDIGO     | FIRMA |
|------------|-------|----------------|------------------------------------|------------|-------|
| 2024-11-28 | 10:53 | Medicina Rural | CARLOS ANTONIO VILLACIS DE LA CRUZ | 1312780115 |       |